FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE **1895-96** N° 77

DES INDICATIONS
DE
LA TRACHÉOTOMIE
DANS LE CANCER DU LARYNX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 MAI 1896

PAR

Marie-Joseph-Paul-Edmond OUDART
Né à Chambéry (Savoie), le 19 décembre 1869

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	LANELONGUE,	professeur,	*président.*
	PIÉCHAUD,	professeur,	*juges.*
	VILLAR,	agrégé,	
	BINAUD,	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE **1895-96** N° 77

DES INDICATIONS
DE
LA TRACHÉOTOMIE
DANS LE CANCER DU LARYNX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 MAI 1896

PAR

Marie-Joseph-Paul-Edmond OUDART
Né à Chambéry (Savoie), le 19 décembre 1869

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANELONGUE,	professeur,	*président.*
PIÉCHAUD,	professeur,	*juges.*
VILLAR,	agrégé,	
BINAUD,	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique interne.....	MM. PICOT. PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne.....	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Clinique d'accouchements.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Anatomie.....	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Physique.....	BERGONIÉ.
Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pharmacie.....	FIGUIER.
Matière médicale.....	DE NABIAS.
Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique.....	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale.....	MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements.....	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	MM. PRINCETEAU. CANNIEU.	Histoire naturelle.....	MM. BEILLE.
		Physiologie.....	PACHON.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie.....	DENIGÈS.
Pharmacie.....	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales....	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. cutan. et syphil...	DUBREUILH.	Pathologie externe ..	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.	Accouchements.....	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie.....	DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MA CHÈRE MÈRE

Je dédie cet ouvrage ; qu'elle y voie une preuve de l'affection immense que lui porte son plus jeune fils.

A Monsieur le Docteur T. PIÉCHAUD

Professeur de clinique chirurgicale infantile, Officier de l'Instruction publique.
Chirurgien des Hôpitaux.

Souvenir d'amitié reconnaissante.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR M. LANELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Académie de Bordeaux.

DES INDICATIONS

DE

LA TRACHÉOTOMIE

DANS LE CANCER DU LARYNX

AVANT-PROPOS

En novembre 1887, M. Tillaux déclarait à l'Académie de médecine : « L'histoire de mon malade tend à démontrer que » dans certaines circonstances on doit y avoir recours et » j'avoue que, pour mon compte je ne suis pas éloigné de la » préférer, en général, à l'extirpation complète ». Il était question d'un malade atteint de cancer du larynx et trachéotomisé quelque sept mois auparavant. Son état s'était sensiblement amélioré et l'on pouvait constater à l'examen laryngoscopique une légère rétrocession de la tumeur. Et M. Tillaux ajoutait : « Il s'est produit ce que nous observons journellement » dans le cancer du rectum, qui paraît rétrograder quelque peu » pendant les premiers temps qui suivent la formation d'un » anus artificiel au dessus de la tumeur ».

Verneuil affirme que « la supériorité de la trachéotomie pal-
» liative sur l'extirpation totale paraît aujourd'hui démontrée
» par les statistiques qui font voir que la survie dans le pre-
» mier cas est infiniment plus complète que dans le second ».

Richet est de cet avis.

Nous n'arrivons pas dans notre thèse absolument aux mêmes conclusions que ces auteurs, et nous nous contentons d'admettre que les indications de la trachéotomie sont extrêmement étendues.

Ces indications, nous avons cherché à établir quelles elles sont moins d'après une série d'observations personnelles que d'après les statistiques et les observations déjà publiées; de ce fait, nos conclusions sont plus générales et mieux établies.

Dans un premier chapitre, nous avons essayé de définir la situation de la trachéotomie vis-à-vis des autres interventions dites curatives que l'on peut pratiquer contre le cancer du larynx.

Nous avons, dans un deuxième chapitre, étudié les raisons qui font que la trachéotomie s'impose comme temps préliminaire d'une intervention radicale quand on la pratique.

Dans notre troisième paragraphe, nous avons fait l'analyse des éléments qui constituent la dyspnée, qui est l'une des grandes indications de l'intervention dont nous nous occupons.

Et, dans le chapitre suivant, nous établissons que l'indication fournie par la dyspnée est modifiée par une autre dont il faut tenir grand compte : l'état général.

Nous terminons enfin, par quelques remarques au sujet du manuel opératoire, remarques que nous avons eu l'occasion de faire durant notre séjour dans les hôpitaux.

Avant d'entrer plus avant dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer ici à notre maître et ami le professeur agrégé Villar, l'expression de toute notre gratitude pour la

bienveillance et la sollicitude qu'il nous a témoignées pendant les deux années que nous avons passées auprès de lui, qu'il veuille bien prendre pour lui la meilleure part du mérite que nous pouvons avoir acquis.

A notre président de thèse, M. le professeur Lanelongue, nous offrons l'expression de notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Avant la découverte de la laryngoscopie, la trachéotomie était le seul traitement opposé au cancer du larynx comme aux autres causes de sténose laryngée ; on la faisait *in extremis*. Malgré les progrès de la laryngoscopie, elle reste encore une ressource précieuse, ou bien parce que l'on est consulté trop tard et que le miroir permet de voir l'envahissement du mal aux parties avoisinantes, ou bien parce que le miroir n'ayant pas permis de tout voir, on s'aperçoit de son erreur au moment de l'interrogation. Enfin, certains chirurgiens, frappés des insuccès de la laryngectomie, rejettent d'emblée cette opération pour une tumeur qui récidive fréquemment et se bornent à pratiquer soit la laryngotomie avec trachéotomie préalable ou concomitante, soit la trachéotomie seule dans le cancer du larynx.

Valsalva, Trousseau, Belloc ont les premiers publié quelques faits isolés de tumeurs malignes du larynx; Regnoli, Cooper, Green, ont même tenté l'extirpation du cancer du larynx par la bouche. Bruck, en 1851, excisa un cancer après crico-thyrotomie.

Mais, en somme, on n'a bien connu le cancer du larynx au point de vue clinique que lorsque le laryngoscope a été d'usage courant. Jusqu'à ce moment, d'ailleurs, on n'opposa à la marche de cette affection que des méthodes palliatives, telles que la trachéotomie, et ce n'est guère que vers 1873 que se sont faits les premiers essais d'opérations curatives. A l'étranger, d'abord, Billroth en fut le promoteur; il fit la première extirpation de larynx cancéreux chez l'homme. Depuis, divers procédés de la méthode curative ont été préconisés; nous verrons, incidemment, dans le cours de notre travail, les résultats qu'ils ont donnés.

Un malade atteint de cancer du larynx a la voix voilée,

rauque, enrouée sans être aphone; il lui est cependant possible d'émettre des sons rauques, mais pouvant s'entendre à une certaine distance, ainsi que le signale Fauvel. C'est là un des grands signes, un des signes constants de cette affection. La toux, fréquente dans les premiers temps, est rauque; aussi, d'autre part, la dyspnée est généralement lente à venir : elle est au début intermittente, puis continue. La déglutition est gênée, quelquefois douloureuse au point que l'alimentation peut devenir impossible.

Les douleurs sont sourdes, puis lancinantes, ont des irradiations vers l'oreille, la face, la tête; la salivation est assez marquée et le malade crache souvent des matières purulentes, sanieuses, sanguinolentes. L'haleine est épouvantable et le malade peut avoir des hémorragies entraînant même la mort dans de rares circonstances.

Quelquefois, il est possible de constater à la palpation une augmentation du volume du larynx, l'existence d'une gangue inflammatoire péri-laryngienne, de l'adénopathie sous-sterno-mastoïdienne.

Dans ces conditions, on a la ressource de compléter ou même dans les cas douteux établir son diagnostic, grâce à l'examen laryngoscopique. On peut aussi appliquer, s'il en est temps encore, à cette affection, la méthode curative endo-laryngée de l'arrachement ou de l'écrasement, du grattage à la façon de Valtolini, ou de l'excision à l'aide de couteaux ou ciseaux *ad hoc*.

Mais si tous ces signes classiques d'une lésion maligne du larynx se présentaient nettement réunis à chaque fois pour traduire l'état de non intégrité de cet organe, ils ne tarderaient pas à inquiéter une famille, le malade lui-même sur cet état de choses. Or, par exemple, dans le cas où la tumeur n'a pas envahi la glotte, s'il n'existe pas de catarrhe concomitant, la voix peut être à peu près intacte; Mac Burney et Schwartz en

ont rapporté des cas; d'autre part la toux du début peut disparaître à mesure que l'affection évolue, la gêne respiratoire, qui met longtemps à s'installer, n'est gênante qu'à une période avancée de l'affection.

Pour toutes ces raisons on comprend qu'un sujet puisse, sans consulter de médecin, en arriver à ce qu'il ne lui soit absolument pas possible de retirer un bénéfice quelconque d'une intervention chirurgicale curative. Son incurie, son ignorance, le défaut de douleurs très intenses sont cause que l'affection n'est ni connue ni soignée lorsque éclatent assez brusquement des accidents graves de dyspnée surtout. C'est dans cet état que quelquefois nous avons eu l'occasion de voir entrer à l'hôpital Saint-André des malades à qui l'on ne pouvait plus, pour leur prolonger la vie, que faire la trachéotomie d'urgence.

En un mot il peut être trop tard pour une intervention chirurgicale curative, ou bien parce qu'on consulte trop tard un médecin ou bien parce que le laryngoscope n'avait pas permis de tout voir et qu'on a la main forcée par la soudaineté et l'acuité des accidents, c'est alors que la trachéotomie est tout indiquée.

Les opérations curatives radicales les plus employées contre le cancer sont la laryngectomie partielle ou totale et la laryngotomie.

Cette dernière, préconisée autrefois par Desault, fut pratiquée pour la première fois par Pelletan, en 1788. Elle consiste à pratiquer la division du cartilage thyroïde sur une ligne médiane et verticale en laissant intacte l'extrémité supérieure de l'angle rentrant du cartilage thyroïde pour éviter de détruire les rapports des cordes vocales. Dans son excellente thèse inaugurale, le docteur Brindel a établi, par ses expériences sur l'animal et ses recherches anatomo-pathologiques, que cette

thyrotomie est seule rationnelle, qu'elle n'entrave pas le développement du larynx (la chose est d'importance secondaire dans le cancer du larynx, puisque les interventions ont lieu à un âge où le larynx a cessé de se développer, mais est capital pour les autres cas où l'intervention se fait chez l'enfant ou l'adolescent), que les deux ailes du thyroïde se soudent par un tissu fibreux très dense auquel se substitue probablement à la longue du tissu cartilagineux. Ce procédé opératoire est indiqué quand la méthode endo-laryngée est inefficace pour quelques papillomes diffus, dans certains cas de tumeurs sous-glottiques ventriculaires de la commissure. On n'en use que quand il n'est pas possible d'enlever la tumeur par les voies naturelles. Pratiquée plus tard lorsque la tumeur est en plein développement, la thyrotomie est contr'indiquée. En effet, on n'aime pas à faire l'ablation ou l'excision complète du néoplasme et les récidives en sont rapides au point, comme dans le cas de Moure, de faire issue à travers la fente thyroïdienne non cicatrisée et de produire une plaie hideuse.

Mais si pour ses proportions le cancer du larynx n'est plus justiciable de la thyrotomie, on substitue à cette dernière opération soit la laryngectomie partielle, soit la laryngectomie totale : ce sont deux interventions hardies qui furent proposées d'abord par un chirurgien allemand. Pratiquée pour la première fois par Billroth, à Vienne, la laryngectomie a été faite depuis cette époque partout : nos maîtres de Bordeaux ne sont pas restés, bien entendu, en retard, au contraire. C'est un traumatisme sérieux qui fait que cette opération est encore discutée. La statistique de Butlin, encore qu'elle rapporte des résultats plus encourageants que les précédentes, est assez édifiante à ce sujet.

Sur 23 sujets qui ont subi la laryngectomie partielle : 7 sont morts de l'opération; 6 ont eu une récidive; 5 sont actuelle-

ment bien portants, mais il ne s'est pas encore écoulé 3 ans depuis l'opération; 4 étaient bien portants 3 ans 1/2, 4 ans, 5 ans après.

51 ont été traités par la laryngectomie totale : 16 sont morts; 17 ont eu une récidive; 4 sont guéris, mais depuis un temps encore court; 6 sont morts de causes variables; 8, revus après 3 à 9 ans sans récidive, peuvent être regardés comme guéris.

Nous avons eu l'occasion de voir pratiquer un certain nombre de fois dans les hôpitaux ces sortes d'interventions radicales, l'impression que nous en avons retirée a été peu favorable à l'ablation totale du larynx; et s'il nous était permis d'exprimer notre petite opinion à ce sujet, nous nous rangerions volontiers dans le camp où des maîtres tels que Le Fort, Tillaux, Verneuil, Richet lui ont préféré la trachéotomie palliative. Pour des opérateurs ayant des idées et un tempérament chirurgicaux analogues, il est incontestable que d'emblée un sujet atteint de cancer du larynx ou bien sera soumis à une thyrotomie, ou, si la tumeur a des proportions trop grandes, sera passible exclusivement d'une trachéotomie.

Ce ne serait que dans des cas extrêmement restreints avec un état général bon, une localisation limitée et intrinsèque surtout du cancer, dans un cas de cancer à marche lente, qu'il serait indiqué de faire une laryngectomie, partielle d'ailleurs, plutôt que totale.

CHAPITRE II

Qu'on tente une opération quelconque, laryngectomie ou laryngotomie, la trachéotomie s'impose comme temps préliminaire de l'ablation ou de l'ouverture du larynx. Raisons qui militent en faveur d'une trachéotomie préalable.

Quel que soit le parti que l'on ait adopté pour un cancer du larynx, si on est résolu à une intervention radicale, on peut se demander si l'on ne doit pas pratiquer la trachéotomie préalable ou concomitante.

Dans le Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, Hartmann se contente d'indiquer que la trachéotomie préalable est faite généralement, soit pour une laryngotomie, soit pour une laryngectomie. Toutefois, il signale que Périer, pour simplifier le manuel opératoire, a rejeté la trachéotomie préliminaire et termine son opération par la suture de la trachée à la peau, à la façon de Terrier. Il semble cependant que Hartmann soit partisan, dans la majorité des cas, d'une ouverture préliminaire de la trachée.

D'autre part, si l'on compulse les observations, on constate un assez grand nombre de cas dans lesquels soit la thyrotomie, soit la laryngectomie ont été faites sans trachéotomie préliminaire. Pelletan, en 1788; Maisonneuve, en 1819; Braners, en 1833; Vital, en 1838; Coates, en 1864; Krishaber, en 1869; Jonhson, en 1870; Denucé, en 1872; Péan, en 1887; Godet, la même année; Kœberlé, en 1865; Périer, en 1893 et en 1895 ont fait des thyrotomies sans trachéotomie, sans qu'il en soit survenu un fâcheux incident pour les sujets. De même ont fait avec succès et dans des conditions analogues des ablations

laryngiennes, des chirurgiens tels que Billroth, Novaro, Lloyd, Dupont, Hayes, Agnew, Gardner.

Planchon, dans sa thèse inaugurale, déclare que la trachéotomie dans la laryngotomie ne doit être exécutée que pour des indications spéciales. Il est possible qu'en particulier l'ouverture simple d'un larynx sur la ligne médiane n'amène pas dans les cas de simple corps étranger ou de polype pédiculé des phénomènes inflammatoires suffisants pour mettre obstacle à la respiration. Mais quand il s'agit de cancer, les choses se passent différemment, exemple le cas de Kœberlé et celui de Denucé publié par Demons. Nous pensons que l'ouverture de la trachée, tout en facilitant les manœuvres dans le larynx, peut, dans certains cas chez l'adulte, favoriser l'hémostase, bien que ce n'en soit pas la règle; elle constitue surtout une soupape de sûreté dont l'importance est de toute évidence. On évite ainsi des complications comme celle qui survint à Terrier dans un cas de laryngectomie quelques heures après l'opération; les lèvres de la trachée suturée à la peau se sont énormément gonflées et ont déterminé une dyspnée intense qu'il a fallu combattre en introduisant momentanément une canule. L'ouverture trachéale est si bien une soupape de sûreté que dans certains cas, celui de Labbé par exemple (il est vrai de dire qu'il ne s'agissait que d'une thyrotomie pour extraction d'une étoile métallique), on a dû pratiquer une intervention, séance tenante, sur la trachée. Ce n'est pas impunément, en effet, que peuvent pénétrer dans le tube aérien, du sang provenant des tranches du tissu incisé, des produits de sécrétion bronchiques, des débris du cancer, etc. L'organisme réagit par la toux mais l'expulsion ne se fait aisément que grâce à la présence de la canule dans la trachée du sujet.

On accuse la trachéotomie d'être dangereuse et d'exposer le malade à la broncho-pneumonie. Il est incontestable que c'est

là une complication à redouter mais que l'on évite le plus fréquemment par les multiples précautions dont on sait, aujourd'hui, entourer un malade susceptible d'en être frappé (atmosphère chaude, humide, antiseptique, etc.) et comme le fait très justement remarquer M. Brindel dans sa thèse, l'inconvénient n'en est pas à comparer avec celui d'une asphyxie qui peut survenir brusquement ou celui provenant du shock opératoire d'une intervention d'urgence pratiquée à quelques heures d'intervalle de la première opération.

Pour toutes ces raisons, nous croyons à l'utilité d'une trachéotomie préliminaire. Mais à quel moment doit-elle être exécutée, ou plusieurs jours auparavant pour arriver à une certaine accoutumance de l'appareil respiratoire à sa nouvelle façon de fonctionner, ou bien doit-elle précéder de quelques instants à peine l'opération principale? Il nous semble que l'idée d'épargner au malade un shock opératoire trop considérable produit par une trachéotomie et une thyrotomie ou laryngectomie concomitante soit une pure illusion : on aurait, au contraire, tout intérêt à éviter au malade deux séances qui, en isolant deux opérations, constituent deux traumatismes séparément considérables, alors que leur combinaison n'ajoute pas beaucoup à l'importance de l'un d'eux. De plus, on expose son malade deux fois à des complications pulmonaires et à un retard dans l'intervention radicale qui peut lui être très préjudiciable.

Bien que nous soyons d'avis, comme on le voit, que la trachéotomie avec laryngectomie ou thyrotomie soient faites en une seule séance, nous admettons parfaitement qu'il existe des indications spéciales dont il faut tenir compte et qui peuvent mettre dans la nécessité de scinder les deux interventions.

Il est évident que dans certains cas où la tumeur encombre plus ou moins l'espace glottique, il existe un danger menaçant

directement la vie, danger auquel on doit penser avant tout : dans ces circonstances, où il faut tout d'abord que l'air puisse librement pénétrer dans les voies respiratoires, une trachéotomie s'impose et rien que cela. Il serait, en effet, impossible de songer à une autre intervention dans les conditions où elle est faite, par un médecin avec peu d'aides ou pas du tout, sans avoir arrêté aucune disposition à l'avance.

La trachéotomie préalable, pratiquée à l'avance, peut être encore nettement indiquée quand, par suite du rétrécissement du conduit respiratoire par la masse bourgeonnante, le malade en est arrivé, faute d'oxygène pour son sang, dans un état profond de faiblesse qui le rend incapable de supporter une opération laborieuse et radicale. Il est alors d'une saine thérapeutique chirurgicale de ne pratiquer que la trachéotomie pour permettre au malade de se remonter.

Nous pensons que ce sont là des indications que l'on doit prendre beaucoup plus en considération que quand il s'agit de toute autre lésion de cet organe nécessitant une intervention.

CHAPITRE III

Employée seule, la trachéotomie a également ses indications propres, indications tirées des modifications survenues dans l'état de la respiration, notamment de la dyspnée. Or la dyspnée peut être produite dans le cancer du larynx.

a) Par un accès de spasme :

b) Par l'invasion de la portion glottique.

c) Par le développement de la tumeur elle-même.

d) Par l'adénite cervicale plus ou moins aiguë.

e) Par un corps étranger (aliments en particulier).

Nous avons déjà eu l'occasion de dire que les troubles respiratoires, dans le cancer du larynx, étaient tardifs; la dyspnée est intermittente dans les moments où elle commence à se montrer, continue après, avec exacerbations plus ou moins fréquentes, plus ou moins inquiétantes.

Ce sont précisément ces exacerbations qui peuvent être des indications urgentes de trachéotomie.

Il arrive, en effet, quelquefois, que le cancer du larynx par irritation de voisinage produit du spasme. Le malade est pris d'une toux quinteuse, avec expirations rapides auxquelles succède une inspiration sonore, sifflante.

L'appel de l'air se fait difficilement et bruyamment; l'expiration est courte et superficielle; pour peu que cet état se prolonge, la face du malade se congestionne, les lèvres entr'ouvertes, etc. : c'est l'asphyxie à très brève échéance et quelquefois la mort. Dans des cas analogues, une ouverture de la trachée est formellement indiquée.

Fréquemment le temps manque, puisqu'en quelques minutes l'accès a cessé ou le malade est mort, mais parfois le spasme se prolonge et le chirurgien a le loisir d'accomplir sa besogne.

Les troubles respiratoires sont aussi en relation immédiate avec la nature et le siège de la tumeur. Il est en effet d'observation clinique que quand une tumeur maligne est développée dans les sinus pyriformes, la respiration demeure longtemps à peu près intacte. Si, au contraire, la tumeur se développe ou envahit les cordes vocales, la dyspnée sera vite considérable et nécessitera très rapidement une opération. La plupart du temps les véritables obstacles au passage de l'air sont dus à de la périchondrite et à des troubles articulaires de l'organe vocal. En effet, les articulations s'ankylosent et les cordes vocales ne peuvent presque plus s'écarter de la ligne médiane : d'où il résulte que, d'une part, la saillie de la tumeur et d'autre part le gonflement des tissus voisins, la raideur articulaire occasionnent de la gêne et de la rudesse respiratoires.

Mais si le phénomène de la dyspnée est un phénomène complexe à la production duquel peut concourir du spasme, la situation de la tumeur, son développement toujours croissant, qui finalement aboutit à ne plus même laisser un pertuis qui donne passage à l'air, en sont des facteurs principaux. Enfin, mécaniquement, l'adénite aiguë ou lente qui se produit consécutivement à l'invasion du larynx par le cancer avec une inflammation plus ou moins intense des tissus avoisinants, peut apporter son appoint à la dyspnée. On voit, en effet, assez souvent à l'autopsie de malades morts de cancer, des ganglions infiltrés, tuméfiés, engaînant les pneumogastriques ou comprimant la trachée.

Quelquefois un malade gêné dans sa déglutition peut, maladroitement, laisser pénétrer dans son arbre aérien un corps étranger alimentaire qui, étant déjà donné l'état de l'organe

dans lequel il tombe, peut provoquer une crise de suffocation mortelle.

Dans notre observation IV, nous rapportons l'histoire d'un malade dont la tumeur n'était pas développée au point de lui procurer une gêne notable de la respiration. Est-ce la fatigue du voyage et peut-être l'air salin que le malade a respiré pendant toute une semaine qui ont excité la muqueuse laryngée et causé des accidents subits qui ont déterminé une intervention rapide? Il est plus probable que c'est sous l'influence d'excès que le sujet commit à l'occasion de son arrivée en France que se déclara une congestion et de l'organe et de la tumeur qui, venant compliquer la gêne existant déjà, amena les accidents que nous avons dits.

CHAPITRE IV

En passant en revue ces différents symptômes, on s'aperçoit qu'il en est qui sont susceptibles de survenir de bonne heure (spasme, invasion de la portion sous-glottique, adénite), tandis que d'autres, au contraire, surviennent tardivement (développement de la tumeur et engouement), de sorte que pour cette même maladie, si on ne considère que la dyspnée, il faut joindre l'état général du malade, et cela pour les raisons ci-après :

α. Un malade supporte bien mieux la trachéotomie quand il n'est pas encore cachectique et les antécédents pulmonaires sont plus rares.

β. On remarque souvent un temps d'arrêt dans l'évolution du cancer du larynx chez les malades trachéotomisés. Exemple.

γ. Un malade qui respire bien arrive beaucoup plus lentement à la cachexie : c'est un appoint pour sa nutrition.

A part les cas où la dyspnée devient absolument pressante, supposé qu'elle soit seulement accusée sans indication immédiate, il y aurait un triage à opérer dans l'appréciation des éléments qui la provoquent et des conséquences qui en résultent. Est-ce en effet le spasme qui est en question, la portion sous-glottique est-elle le siège de la lésion, l'adénite doit-elle être incriminée? La lésion n'est pas de date ancienne et n'a pas pu retentir d'une façon trop importante sur l'état général. Est-ce, au contraire, exclusivement le développement de la tumeur et l'engouement qui sont les deux agents de la gêne respiratoire, comme ils sont des phénomènes tardifs, l'organisme est déjà profondement altéré.

Et ce détail n'est pas d'une médiocre importance.

L'état général est, en effet, une sérieuse indication pour toute intervention, quelle qu'elle soit, et particulièrement pour les raisons que voici :

Quand on a renoncé à une intervention radicale, laryngotomie ou laryngectomie, et qu'on se propose simplement de pratiquer à son malade une trachéotomie, on doit se souvenir que c'est là un traumatisme *sérieux*, traumatisme d'autant mieux supporté que le malade est moins cachectique. D'autre part, on doit se souvenir aussi que les antécédents pulmonaires, assez fréquents autrefois, beaucoup moins aujourd'hui, ne se produisent guère que si on opère sur un malade anémié, cachectisé.

D'ailleurs, pour qu'une trachéotomie puisse donner tous les résultats qu'elle est susceptible de donner, il faut, évidemment, qu'elle soit pratiquée sur un organisme non pas profondément déprimé, mais au contraire capable de réagir et d'enrayer ainsi le mal dans une certaine mesure et pour un temps. On sait, en effet, que le repos de l'organe amène un dégagement tel des parties œdématiées et tuméfiées, que souvent dix ou quinze jours après l'opération, le malade peut parler avec une canule fenêtrée ce qui lui donne un espoir malheureusement toujours déçu de guérison prochaine. En outre la pénétration de l'air se faisant sans difficultés au poumon, le sang recouvre ses propriétés, se vivifie et relève pour un temps l'état général du sujet. Si quelques chirurgiens, Czerny, Terrier croient (et cette opinion est contestable) que la situation de certains malades trachéotomisés dans des cas urgents est de beaucoup plus déplorable que celle de ceux laryngectomisés et veulent qu'on extirpe les cancers même avancés malgré les dangers de l'intervention, cela tient à ce que leurs trachéotomies ont été faites chez des sujets extrêmement affaiblis et avancés dans la cachexie. Si également les statistiques des résultats par trachéotomie sont si peu favorables à cette méthode, c'est que toujours elle a été appliquée dans des conditions défectueuses.

Ce qui vient nous confirmer dans cette opinion, c'est préci-

sément le rapprochement de deux statistiques que nous retrouvons dans la thèse de Mongour et d'où cet auteur tire des conclusions que nous n'avons pas à discuter dans ce chapitre.

Suites après *trachéotomie* Schwartz		Suites après *laryngectomie* Krause
Mort immédiate	3	0
— à 2 jour	3	2
— 1 à 2 jours . . .	2	5

etc., etc.

Est il admissible que la trachéotomie constitue un traumatisme plus important que la laryngectomie ? Si on remarque plus de morts immédiates dans le premier cas que dans le deuxième, c'est qu'en général on ne trachéotomise que les cas très avancés, désespérés, tandis qu'on n'opère de laryngectomie que les gens moins cachectisés.

Le malade qu'a opéré le Dr Brindel (IIIe observation), faisant fonction de chef interne à ce moment à l'hôpital Saint-André, ce malade atteint de cancer du larynx, que nous avons eu la bonne fortune de voir à son entrée à l'hôpital, était très dyspnéique. Il a vécu cependant longtemps après l'intervention et même un moment son état général s'était un peu remonté et aurait pu mieux encore faire espérer d'un mal qui ne pardonne pas.

CHAPITRE V

En résumé, l'état général étant un très bon guide pour l'opération, la trachéotomie est à faire chez les individus atteints de cancer du larynx, à qui la laryngectomie n'a pu, de parti pris ou pour un autre motif, être pratiquée, à qui la laryngotomie a été faite en vain ou bien a été refusée pour des raisons données, malades chez qui une adénite cervicale empêche toute autre opération. Comment devra se faire cette intervention ?

1° *Pas de chloroforme :* cocaïne si on le veut. Ces malades respirent mal, ils sont très longs à endormir : la phase de contracture amène l'asphyxie imminente ;

2° *Trachéotomie* et non *cricotomie* ou *inter-cricothyrotomie,* parce qu'en faisant ces deux opérations, comme on en est tenté quand on voit le malade asphyxiant, on tombe souvent en pleine tumeur : sang, bourgeons, etc.

3° Se rappeler qu'on a toujours le temps et ne pas se presser. Bien faire l'hémostase et la ligature.

Supposons un sujet atteint de cancer du larynx ; il ne réunit pas toujours les conditions requises pour bénéficier d'une thyrotomie (on sait que l'âge du néoplasme, la mobilité des aryténoïdes et des cordes, la constatation directe de la tumeur dans toute son étendue, l'aspect de la muqueuse dans le voisinage, l'absence de la douleur à la déglutition, la mobilité de l'organe tout entier, la conservation de ses dimensions et le défaut d'épaississement de ses cartilages, mais surtout l'état général du malade constitueront, dans la majorité des cas, des données suffisantes pour établir si la thyrotomie est indiquée), ou bien on l'a déjà mais inutilement thyrotomisé, ou bien c'est un sujet à qui, partant d'idées très arrêtées, le chirurgien refuse la tentative d'une laryngectomie : il est alors justiciable d'une trachéotomie. Dans quelles conditions et de quelle façon pratiquera-t-on cette intervention?

Certains auteurs se montrent très partisans, d'une façon générale, de l'administration du chloroforme aux malades que l'on doit trachéotomiser.

Il est incontestable que jamais, quand elle est possible, on ne doit refuser au malade le bénéfice d'une anesthésie générale; cependant la situation est un peu délicate, puisque le malade est dyspnéique déjà. On doit donc rechercher les contre-indications qui peuvent exister à l'administration du chloroforme (alcoolisme, maladie du cœur, etc.); si l'orifice par lequel s'effectue, dans le conduit laryngo-trachéal, le passage de l'air est rétréci et petit, on doit renoncer au chloroforme. Il est, en effet, à craindre que cet orifice ne s'obstrue sous l'influence des mucosités que l'on trouve chez les anesthésiés ou bien, comme le signale l'une de nos observations, que l'asphyxie ne devienne imminente à la période d'excitation.

Dans tous les cas où l'on aura quelque crainte à cet égard, on en prendra vite son parti ou on usera du chlorhydrate de cocaïne en injection sous-cutanée au niveau de la ligne d'incision. Récemment, nous avons eu l'occasion de voir appliquer la cocaïne dans une trachéotomie pour paralysie laryngée. Le malade a admirablement supporté l'intervention. Nous ne pensons pas autant de bien d'une pulvérisation de chloréthyle dont nous tenons l'efficacité pour très limitée et l'action plutôt pour gênante.

Quel que soit le parti auquel on s'arrête, à ce point de vue, il est un principe capital de l'intervention dont il ne faudra jamais s'écarter au sujet du lieu d'élection de l'ouverture trachéale : on doit en effet la pratiquer le plus bas possible. Verneuil l'avait fait déjà remarquer; on ne sait jamais quelles sont les limites exactes du mal; jusqu'où s'étend-il, jusqu'où descend-il? Quand on pratique l'intercrico-thyrotomie on a malheureusement fréquemment la désagréable surprise de tomber en pleine

tumeur sur des surfaces bourgeonnantes, sanieuses, saignantes et alors, ou bien on ne peut introduire la canule, ou bien les bourgeons gagnent la partie du tube trachéal située au-dessous et en rétrécissent la lumière. Donc on pratiquera la trachéotomie le plus bas possible et l'incision sera faite à peine à quelques centimètres au-dessus de la fourchette sternale. Le seul inconvénient qu'entraîne cette manière de faire, c'est que plus on attaque bas la trachée, plus on la trouve éloignée de la peau et perdue dans des tissus qu'il faut sectionner avec soin et prudence. A ce point de vue, les deux précautions à prendre sont de découvrir la trachée dans une assez grande étendue et pratiquer une hémostase complète avant l'ouverture de la trachée.

En effet, la trachéotomie de l'adulte ne ressemble en rien à celle de l'enfant; chez celui-ci, on le sait, on ne doit se préoccuper que d'une chose, tomber sur la trachée, la ponctionner et l'inciser sans s'inquiéter des tissus que l'on a incisés, au préalable, et surtout de l'hémorragie, pour si abondante qu'elle soit. L'introduction de la canule suffit, en effet, toujours à arrêter l'écoulement du sang. Chez l'adulte, on sectionne des veines et souvent des artères d'assez gros calibre, capables d'amener une hémorrhagie véritable ou des accidents septiques du côté du poumon. Ceci n'est pas une précaution vaine et chimérique, l'observation III de notre thèse en fait foi, et nous avons nous-même pu constater *de visu* en quoi le chirurgien avait, dans la circonstance, légèrement péché, puisqu'il ne s'agissait que de deux ou trois petites veines insignifiantes qui ne donnaient plus et néanmoins les conséquences ont failli être funestes.

Nous trouvons, dans une observation de Thomas (de Marseille), rapporté un cas analogue où l'hémorragie se produisit pendant le pansement et que l'on dut arrêter par la ligature de deux petites veines.

Hors l'hémorragie, les seuls ennuis, et nous n'insisterons

pas, que l'on puisse avoir, se présentent dans la section des anneaux de la trachée, qui, si elle n'est pas infiltrée et ramollie par le néoplasme, sont quelquefois difficiles à inciser, parce qu'ils sont ossifiés.

En somme, dans une trachéotomie pour cancer, on n'a pas besoin de se presser extrêmement; on a à peu près toujours le temps. On doit assurer l'hémostase absolue que l'on complète immédiatement par la ligature des vaisseaux, si les phénomènes asphyxiques ne sont pas imminents. D'ailleurs, ceux-ci, pour si accusés qu'ils soient, laissent une certaine marge au chirurgien. Nous avons eu l'occasion de voir, entre autres, un sujet en état de mort apparente, très bien revenir après pénétration de la canule dans sa trachée et les quelques soins qu'il est d'usage de donner en pareille occurence.

OBSERVATION I

(Publiée dans la thèse du Dr Brindel).

Epithélioma du larynx. — Trachéo-thyrotomie. — Guérison. — Pas de récidive pendant cinq ans.

M. X..., 51 ans, avocat à Saint-Sébastien, remarqua, en février 1891, que sa voix devenait rauque. Après avoir consulté plusieurs spécialistes, notamment d'Espagne et de Paris, et subi plusieurs ablations partielles par la voie endo-laryngée, il s'adressa, le 19 septembre 1892, à M. Moure qui diagnostiqua une tumeur maligne du larynx.

Le Dr Cartaz, consulté ensuite, enleva un fragment du néoplasme et le confia au Dr Brault, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de Paris, qui reconnut avoir affaire à un épithélioma.

Quand M. X... se présenta à M. Moure pour la première fois, il était porteur d'une tumeur bourgeonnante occupant toute la longueur de la corde vocale gauche, sauf la région postérieure. La bande ventricu-

laire du même côté était un peu envahie sur son bord libre, à sa partie moyenne.

La tumeur avait le volume d'une petite amande ; elle faisait saillie dans la lumière glottique. Les mouvements des aryténoïdes étaient normaux. Rien à droite. Localisation exacte de la tumeur.

Ni hémorragies, ni douleurs, ni autres symptômes qu'un enrouement progressif.

23 octobre 1892 : *Opération* : Trachéo-thyrotomie dans une même séance.

Après chloroformisation, un rouleau entouré d'une serviette fut placé sous le cou et les épaules du malade. M. Moure fit une incision cutanée de 6 à 7 centimètres sur la ligne médiane, allant de l'os hyoïde à deux travers de doigt de la fourchette sternale.

Incision de la ligne blanche, dénudation de l'extrémité antérieure du cartilage thyroïde et des trois premiers anneaux de la trachée.

Le corps thyroïde, légèrement hypertrophié, qui vient faire saillie dans la plaie, est refoulé au moyen d'un écarteur. Hémostase parfaite, deux ou trois petites ligatures seulement. On laisse le malade se réveiller à demi.

Puis, incision des trois premiers anneaux de la trachée et introduction de la canule de Trendelenburg modifiée. Le manchon de la canule est gonflé immédiatement.

Accès de toux ; expulsion des mucosités sanguinolentes. Après cessation du spasme, adaptation de la canule avec un cornet à chloroforme.

Incision du thyroïde au bistouri après désinsertion partielle de la membrane crico-thyroïdienne. On respecte le cricoïde.

Les deux valves thyroïdiennes écartées lentement s'entr'ouvent après quelques secondes de résistance. Un tampon de gaze iodoformée est mis à l'intérieur du cricoïde.

Le larynx est à ciel ouvert, maintenu par deux écarteurs. Il existe de nombreux papillomes sur les deux cordes vocales, sous elles et surtout sur les bandes ventriculaires et dans les ventricules. Ils sont tous enlevés à la curette tranchante. La muqueuse, bien râclée, ne saigne pas. Les points curetés sont touchés au thermo-cautère.

Les deux valves thyroïdiennes sont saturées au catgut par l'aiguille fine de Reverdin qui pénètre très bien dans le cartilage ; ainsi sont faits quatre points de suture.

Des sutures musculo-aponévrotiques au catgut et des sutures cutanées au crin de Florence réunissent les deux étages en avant de la région laryngienne et au-dessus de la canule-tampon laissée à demeure : celle-ci joue librement dans le larynx.

Depuis l'ouverture du larynx, le malade est pâle et n'a pourtant guère perdu de sang. La respiration est lente; néanmoins, le pouls est bon. Il est long à reprendre ses sens : l'opération tout entière a duré une heure et demie.

La canule de Trendelenburg est laissée trois jours et remplacée par une canule assez grosse (n° 8 de Mathieu).

11 décembre : En enlevant la canule, on constate au côté droit de la trachée, une saillie rouge qui fait tout d'abord songer à une récidive. On remplace cette canule par une plus petite (n° 7). Le gonflement diminue peu à peu, mais le malade crache du pus et du sang pendant plusieurs jours; puis tout rentre dans l'ordre.

Il est probable que le malade avait infecté sa plaie trachéale par du pus provenant d'un empyème du sinus maxillaire, ouvert depuis par M. Moure.

Le malade avait également des polypes muqueux dans les fosses nasales.

La canule est enlevée en avril 1893.

Nous avons eu la bonne fortune de revoir M. X..., le 22 octobre 1895, dans le cabinet de M. Moure. Une des dernières phrases du petit mémoire qu'il avait rédigé à notre intention et qu'il avait voulu apporter lui-même, est celle-ci : « L'opération réussit tellement qu'aujourd'hui, après trois ans juste, je n'ai plus rien ressenti; la voix est revenue comme je l'avais auparavant ».

Voici le résultat de notre examen. La cicatrice n'est visible qu'au point occupé autrefois par la canule, il existe là une dépression qui n'a rien d'extraordinaire.

Le larynx est normal et mobile.

Au laryngoscope : la corde vocale droite est saine; la corde vocale gauche est échancrée largement dans son milieu et sa congénère forme à ce niveau, pendant la phonation, un ventre qui vient combler cette dépression.

L'échancrure elle-même est bordée par un liseré blanc, petite corde vocale qui se continue en arrière avec ce qui est resté de cette corde gauche au moment de l'intervention.

La muqueuse est partout lisse et saine et les aryténoïdes ont conservé leur mobilité normale.

La phonation est presque parfaite et la voix à peine enrouée.

OBSERVATION II

(Publiée dans la thèse du Dr Brindel).

Epithélioma du larynx. — Trachéo-thyrotomie. — Guérison. — Pas de récidive deux ans après.

M. X..., 60 ans, cultivateur, vient me consulter le 28 septembre 1893 pour un enrouement qui aurait, disait-il, débuté sept mois auparavant et qui aurait progressivement augmenté.

État général bon. Le malade toussait peu; l'expectoration, généralement muqueuse, aurait été à plusieurs reprises sanguinolente.

Hérédité nulle. Rien à signaler dans les antécédents morbides.

M. X..., aurait autrefois fumé; mais depuis quelques années il s'était beaucoup modéré et ne fumait plus depuis le début de son affection laryngée.

Voix couverte, rugueuse, spéciale. Haleine plutôt fade que fétide.

Examen : A l'extérieur rien de particulier; le thyroïde n'est pas infiltré; on sent nettement les espaces sus et sous-laryngés.

Mobilité normale.

Au laryngoscope : muqueuse saine, sauf au niveau du tiers postérieur de la corde vocale gauche ou existe une tumeur grisâtre par places, rougeâtre dans certains points, mamelonnée, irrégulière, sessile sur la

corde vocale qu'elle revêt en arrière. Aspect villeux par points. Dimension d'une groseille.

Elle est étalée, saillante dans l'orifice glottique, empêche l'affrontement des aryténoïdes.

Corde droite érodée au point de contact de sa congénère. Pas d'infiltration périphérique ; pas de gêne dans les mouvements des aryténoïdes.

Je propose la thyrotomie et le râclage qui sont acceptés.

25 octobre 1893 : Opération. Chloroformisation. Incision des tissus de l'os hyoïde au sternum. Hémostase. Trachéotomie. Canule de Trendelenburg modifiée.

Nouvelle chloroformisation par la canule. Thyrotomie. Section verticale des membranes thyro-hyoïdienne et crico-thyroïdienne. Ecartement lent et graduel des deux ailes du thyroïde ; gaze au-dessus et au-dessous de la cavité laryngienne.

Ablation de la tumeur au ciseau ; râclage, cautérisation au thermocautère du point d'implantation.

Sutures à étages ; pas de suture du cartilage.

La canule de Trendelenburg reste trois jours en place, mais dégonflée.

Réunion par première intention.

Lendemain : Température, 38°. Œdème des replis ary-épiglottiques surtout à gauche ; immobilisation de l'articulation crico-aryténoïdienne par le gonflement.

Jours suivants : Température normale. Ablation des sutures le dixième jour; mais la canule reste en place.

L'eschare blanche produite par le thermocautère persiste pendant dix à douze jours. Puis tout rentre peu à peu dans l'ordre et le malade guérit.

Un mois et demi environ après l'intervention, le larynx est très perméable; la corde gauche fait une encoche au point qui a été sectionné.

Par précaution, la canule est laissée à demeure jusqu'au mois de janvier 1894. A cette époque, le malade allait très bien.

Mai 1895 : C'est à peine si l'on voit la trace de l'incision thyroï-

dienne; seule la plaie trachéale présente la dépression classique habituelle.

La tumeur, examinée au laboratoire des cliniques de la Faculté, a été reconnue pour un épithéhoma tubulé, examen qui confirmait l'aspect clinique et la marche de la néoplasie.

Octobre 1895 : Même état excellent qu'au mois de mai.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du Dr Brindel, ancien premier interne à l'hôpital Saint-André).

V..., manœuvre, 55 ans, entre à l'hôpital, le 2 mars 1895, avec cornage et tirage très accusés qui exigent une intervention immédiate. M. Brindel, premier interne, se prépare à lui faire une trachéotomie d'urgence. L'examen laryngoscopique lui permet de reconnaître que le malade est atteint de cancer du larynx avec envahissement de l'épiglotte et des replis ary-épiglotiques.

Le malade, au moment de la période d'excitation chloroformique, se cyanose rapidement, ne respire plus et oblige l'opérateur à prendre le bistouri un peu plus rapidement. Mais le réflexe dû au bistouri à son passage dans les téguments amène le retour de la respiration.

L'incision est faite au lieu d'élection, longue et les tissus sectionnés avec soin. On pose quelques pinces sur des vaisseaux que l'on lie immédiatement ; exception faite pour deux ou trois petites veines insignifiantes qui ne donnent pas. Les anneaux de la trachée, un peu résistants, sont sectionnés et l'on introduit sans se presser la canule dans le conduit laryngo-trachéal. On fait la suture des tissus au catgut et celle de la peau aux crins de Florence.

Le malade est réveillé et porté très bien remis dans son lit : tout semblait marcher à merveille, lorsqu'une heure après l'infirmier se précipite chez M. Brindel lui annonçant que le malade étouffe.

En effet, le cou, la poitrine, le lit du malade sont souillés de sang, la canule presqu'obstruée et le malade à demi-cyanosé ; celui-ci fait de grands efforts pour attirer de l'air dans sa poitrine. Il ne réussissait

qu'à y attirer du sang épais, fibrineux et il eût succombé sur le coup si quelqu'un n'eût été là pour lui porter secours.

Les points de suture sont enlevés à la hâte, la plaie détergée, et tamponnée avec soin autour de la canule, ce qui suffit à arrêter l'hémorrhagie.

Température bonne le soir, malade affaibli, mais respirant bien.

4 mars 1895 : Etat général meilleur, pas de température.

8 mars 1895 : On pratique l'examen méthodique du malade, interrogation, palpation, examen laryngoscopique ; le cancer paraît diminué de volume, mais l'adénite cervicale concomitante, cause d'une nouvelle gêne respiratoire, a augmenté et réclame une incision immédiate. Celle-ci donne issue à une énorme quantité de pus bien lié.

3 mois après : Le malade, après s'être amélioré au point de vue de son état général, commence à décliner un peu.

5 mois après : Le sujet meurt complètement cachectisé.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. Brindel, aide de clinique du Dr Moure).

X..., 52 ans, sujet américain, cou court, tissu adipeux abondant, se présente à M. Moure en juillet 1895.

Il a du tirage et du cornage inquiétants et vient à ce sujet consulter un spécialiste. Il raconte que depuis un certain nombre de mois, il présente des signes d'affection laryngée : voix un peu voilée et rauque, toux peu fréquente, mais rauque ; pas de gêne à la déglutition ; ayant demandé l'avis d'un spécialiste de Buenos-Ayres où il habitait, il lui a été répondu qu'il avait une tumeur du larynx de mauvaise nature. Avant de se laisser pratiquer aucune opération, ayant entendu parler d'injections de sérum que l'on préconisait contre les tumeurs, il a fait le voyage de France pour subir ce traitement.

La traversée l'a un peu fatigué et il est débarqué un peu dyspnéique, ce qui ne l'a pas empêché de se livrer à des libations inaccoutumées et peu prudentes dans l'état de santé où il se trouvait. En effet, la gêne

respiratoire s'est de beaucoup accrue : il présente du tirage et du cornage intenses; un examen laryngoscopique vient confirmer le diagnostic d'épithélioma du larynx qui ne se traduisait par aucun signe local extérieur. On propose au malade de lui pratiquer le plus tôt possible une trachéotomie dont la nécessité s'impose, quitte à user ultérieurement de sérum anti-cancéreux.

Opération le lendemain : Une incision longue est pratiquée sur la ligne médiane et descend à deux centimètres de la fourchette sternale.

On sectionne couche par couche les tissus en posant des pinces sur quelques vaisseaux, artères et veines qui donnent.

L'anesthésie chloroformique se faisant très bien, on fait immédiatement la ligature des vaisseaux en question.

L'hémostase complète et la trachée bien mise à nu, l'incision de la trachée est faite avec un bistouri ordinaire, pendant que des aides tiennent béantes avec des écarteurs les lèvres de la plaie profonde; la canule est ensuite conduite dans l'ouverture trachéale. Sutures, pansement antiseptique ordinaire et soins habituels (cravate de gaze devant le cou, etc.).

Le lendemain : Etat général excellent, le malade se porte aussi bien que possible. Pas de température.

Jours suivants : Le même état se maintient, rien de particulier à signaler si ce n'est une poussée de rhumatisme articulaire aigu auquel est sujet le malade.

10 jours après : L'examen laryngoscopique montre que la tumeur, ayant le volume et la forme d'une amande et que l'on voyait au début recouvrant les trois quarts postérieurs de la bande ventriculaire gauche et le repli ary-épiglotique du même côté semble avoir régressé en même temps que l'état général, qui n'était pas mauvais, semble s'être amélioré encore.

C'est alors qu'on se décide à pratiquer au sujet des injections de sérum d'âne, sérum anti-cancéreux. Le Dr Ferré les fait faire sous sa direction. Quelques jours après, phénomènes aigus du côté du larynx : on constate que, rapidement, la tumeur est augmentée de volume, parallèlement l'état général décline.

8 jours après : Le malade prend subitement la teinte cachectique des cancéreux, tandis que sa tumeur continue à s'accroître.

On renonce alors à l'emploi du sérum et le malade est envoyé à la campagne.

3 mois après : Etat général un peu amélioré, teinte cachectique modifiée.

Le malade repart pour l'Amérique.

Mai 96 : On apprend que le malade est encore vivant, on n'a pas d'autres détails sur son état de santé.

CONCLUSIONS

1° La trachéotomie n'est qu'une opération palliative;

2° Elle est une ressource précieuse dans la période asphyxique du cancer;

3° Elle s'impose comme temps préliminaire d'une intervention radicale sur le larynx et doit être pratiquée dans la même séance opératoire, sauf dans certains cas cités plus haut;

4° Etant donné que les interventions radicales sur le cancer du larynx donnent bien peu de résultats heureux, les indications de la trachéotomie en sont plus étendues sans toutefois qu'on doive substituer cette dernière absolument à celles-là, comme l'ont fait quelques chirurgiens;

5° Le moment de pratiquer une trachéotomie est variable si l'on ne tient compte que de la dyspnée. On doit aussi faire entrer en ligne de compte l'état général du sujet;

6° On doit repousser l'inter-crico-thyrotomie et ne jamais faire que la trachéotomie proprement dite et le plus bas possible;

7° Ne pas rejeter systématiquement l'anesthésie chloroformique. Cependant, dans beaucoup de cas, on aura recours à l'anesthésie locale par le chlorhydrate de cocaïne

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
M. LANELONGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 20 mai 1896,
Le Recteur,
A. COUAT.

6 Oudart.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Augiéras. — Sur la trachéotomie dans le cancer du larynx (th. doct. Paris, 1880.)

Brindel. — De la thyrotomie. Les indications, suites, etc., (th. doct. Bordeaux, 1895.)

Butlin. — On radical operations for the cure of intrinsie carcinomes of the larynx (*Brit. med. Journal*, t. II (25 août 1890.)

Hahn. — *Berl. klin. Woch.*, 16 juin 1884.

Hartmanns. — Art. *Larynx* du Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, t. V.

Kraun. — Statistique de la laryngectomie (*Allgem. Wiener and Zeitung*, n. 15, 15 avril 1890.

Le Dentu. — *Bullet. et mém.* Soc. chirurgie, 1888.

Le Fort. — Extirpation du larynx, 1889.

Hublinski. — Ueber kehikopfokrebs, *Berl. klin. Woch.*, 1889.

Schwartz. — *Bullet. et mém.*, Soc. de chir., Paris, 1890, p. 262.

Schwartz. — Thèse agrégation, 1891.

Mongour. — Thèse Bordeaux, 1890.

Monod et Ruault. — Indications de la laryngectomie et de la thyrotomie (*Gaz. hebd. méd. et chirg.*, 1881.)

Moure. — Leçons sur les maladies du larynx faites à la Faculté de médecine de Bordeaux (Doin, 1890.)

Périer. — *Bullet. et mém.*, Soc. chir., Paris, 1890, p. 242.

Planchon. — Thèse, Paris, 1869.

Pollosson. — De la trachéotomie chez le vieillard et dans le cancer du larynx (*Prov. méd.*, 8 juin 1889.)

Stœrck. — De la production du Shock dans l'extirpation du larynx (*Journal de Bruxelles*, n. 5, 1889.)

Solis-Cohen. — Art. *laryngectomie* dans l'Encyclopédie de chirurgie, 1886.

Tissier. — *Gaz. hôp.*, Paris, 1887.

20,079. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.